

**Research Paper****A Comparison of Older Adults' and Managers' Attitudes Towards Age-Friendly City Indexes**Ehteram Sadat Ilali<sup>1</sup> , \*Zohreh Taraghi<sup>1</sup>

1. Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

**Citation:** Ilali ES, Taraghi Z. [A Comparison of Older Adults' and Managers' Attitudes Towards Age-Friendly City Indexes (Persian)]. Iranian Journal of Ageing. 2018; 13(2):236-249.

Received: 04 Dec 2017

Accepted: 17 Apr 2018

**ABSTRACT****Objectives** The process of development of age-friendly environments is one of the key challenges of policy makers. The aim of present study was to compare the elderly people's and managers' views towards age-friendly city indexes.**Methods & Materials** In this descriptive-analytic study, the attitudes of 379 older adults and 57 managers were compared. Data collection tool was WHO age-friendly cities indicators (2013). Data were analyzed with descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency percentage) and gamma test using SPSS software V. 21.0.**Results** Of the 379 older adults, 64.9% (246 persons) were female. The mean age of the elderly was 68.31±8.25 years (minimum 60 and maximum 89 years). There were significant differences between older adults' and managers' views in 13 indicators of 21 indicators. The major indicators were evaluated 'bad to very bad' from elderly people's views. The significant difference from the managers' views includes availability of source of information about health concerns and service needs of older persons (57% of elderly versus 14% of managers) (P=0.001). The policy-making status to guide the planning of new housing construction with regard to elderly person's needs (57% of elderly versus 31.6% of managers)(P=0.014).**Conclusion** Collaboration of organizations' custodian of elderly with older adults seems necessary in order to obtain the age-friendly city indexes.**Keywords:**

Age friendly cities, Older adults, Managers, Attitudes

**Extended Abstract****1. Objectives**

**A**t the moment, more than half of the world's population lives in cities, and their number is steadily increasing [1, 2]. Urban population growth is more pronounced in developing countries, and it is expected that three-fifths of the world's population will live in these cities by 2030 [3]. Based on

the latest census results in Iran (2016), the population of people aged 60 years and over is 9%, i.e. 7 million people. Therefore, the demographic pattern in Iran, like other countries, is changing towards aging [4]. The process of creating an elderly-friendly environment is a key challenge for policymakers at the international level [3].

The World Health Organization in 2007 launched the project of determining age-friendly cities based on a checklist. This checklist was reviewed in 2012 and then in 2013 and was summed up to 21 indicators. The main

**\* Corresponding Author:****Zohreh Taraghi, PhD****Address:** Department of Geriatric Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.**Tel:** +98 (11) 33367342**E-mail:** ztarair@yahoo.com

goal of the age-friendly cities was to facilitate the active aging process [5]. The purpose of this study was to compare the attitudes of the elderly and managers toward the status of indicators of the age-friendly cities.

## 2. Methods and Materials

In this descriptive-analytic study, the researchers compared the views of 379 elderly, who were selected via random sampling, and 57 managers, who were selected via sampling method. The research population for managers was obtained from centers related to the elderly people (Municipality; Welfare Organization; Imam Khomeini Relief Committee; Deputy of Medical Sciences; Health Centers; Physical Education; Islamic Republic of Iran Broadcasting Corporation; Department of Islamic Culture and Guidance; Co-operative Organization, Labor and Social Welfare; Department of Housing and Urban Development; Road Administration; The Department of Justice; and the City Council). Research population for the elderly was all the elderly in Sari City. Inclusion criteria for the elderly were age of 60 years and above and the ability to answer questions. Exclusion criterion for both the managers and the elderly was the lack of cooperation. Family Physician Database was used to access data regarding the elderly. After providing their name and address, 24 physicians were selected randomly from the three regions of the city using a random number table, and the elderly they support were interviewed. Permission was obtained from the Ethics Committee of Mazandaran University of Medical Sciences (IR.Mazums.REC.95-2310).

Data collection method included demographic characteristics and Checklist of the World Health Organization (WHO) (2013) including 21 indicators [6], along with the 5-point Likert scale (Very good, good, bad, very bad, and I do not know). After obtaining permission from the World Health Organization, the translation and retranslation process was carried out by two fluent English and Persian speakers outside the research team and was confirmed by content validity method [7]. Simplicity and difficulty of the questionnaire were evaluated and verified by 6 elderly persons with different levels of literacy (illiterate, elementary, and secondary levels). Reliability of the questionnaire was determined by Cronbach's alpha of 0.76. Using descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage of frequency) and inferential statistics (gamma test) and SPSS software version 21, data were analyzed.

## 3. Results

Among the 57 managers surveyed, 22.8% (13 persons) were women, and 77.2% (44 people) were male. Among the 379 elderly persons surveyed, 64.9% (246) were female, and 35.1% (133 people) were male. The average age of managers was  $39.78 \pm 5.37$  years (age range: 30 to 51 years, median was 40 years, and with a 95% confidence interval of 38.36 to 41/21). The mean age of the elderly was  $68.31 \pm 8.25$  years (age range: 60 to 89 years, median of 65 years, and with a 95% confidence interval of 67.47 to 69.14).

Among the 379 elderly, 29.3% (111 people) were illiterate, 38.5% (146 people) had under the diploma education level, 18.5% (70 people) had diploma, and 13.7% (52 people) had a degree above the diploma. In terms of income status, 57.5% of the elderly (218 people) had income less than expenses, 38.3% (145 people) had income equal with their expenses, and 4.2% (16 people) had income level more than expenses. In terms of living companions, the majority of the elderly (50.1%, 190 people) lived with their spouse, 19.8% (75 people) lived with spouse and child, 17.4% (66 people) lived with children, and 12.7% (48 people) lived alone. In terms of performance status, 88.4% (335 people) were independent, and 11.6% (44 people) were dependent. Findings revealed that there is a significant difference between the viewpoints of the elderly and the managers in 13 indicators out of 21 indicators.

A significant portion of the elderly believed that there is no place to get information in order to eliminate health concerns and the service needs of the elderly and assessed the following as bad to very bad: Policies to build new housing according to the needs of the elderly, accessibility status for people with motorized problems to private parking lots, access of people with various disabilities to city buses, the status of receiving guidance on how to spend leisure time and recreational programs, the status of giving information about employment status and voluntary activities, and the status of Internet access at home. However, the percentage of managers who had such a view was significantly lower. The number of elderly people who were not dissatisfied with access to computers and the internet in public places and considered the health insurance bad was significantly more than managers. Percentage of the elderly who believed that the state budget of a city that is dedicated to health is very good was significantly less than the managers. Number of managers who believed that older people feel alienated due to age discrimination was significantly more than elderly.

Elderly are significantly more likely to participate in social activities and considered physical activity more than managers.

#### **4. Conclusion**

Succeeding in achieving the Elderly-Friendly environments needs partnership of policy makers, managers of institutions and agencies responsible for aging affairs, gerontologist and elderly associations. There is a place to get information to eliminate health concerns and the needs of the elderly; policy making to build new housings according to the needs of the elderly; providing the opportunity for participation in formal education programs and voluntary activities; providing the opportunity for participation in cultural, artistic, and sport activities; providing access for people with motorized problems to private parking lots; access of people with various disabilities to city buses; the availability of computers and the Internet in public places, providing guidance for how to spend and use leisure time and recreational programs; improving the health insurance status; improving urban budget condition which is dedicated to health; all are among the things that need to be addressed as priorities in the agendas of the managers.

#### **Ethical Considerations**

##### **Compliance with ethical guidelines**

This research was approved by Ethics Committee of Mazandaran University of Medical Sciences with the Code of IR.Mazums.REC.95-2310.

##### **Funding**

This article is the result of a research project approved by Mazandaran University of Medical Sciences with a code of IR.Mazums.REC.95-2310.

##### **Conflict of interest**

The authors declared no conflicts of interest.

##### **Acknowledgements**

We thank the deputy of the research and health department of Mazandaran University of Medical Sciences, and dear elders and directors of the institutions who helped us with this research.

## مقایسه نگرش سالمندان و مدیران به وضعیت شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند

احترام سادات ایلالی<sup>۱</sup>، زهره ترقی<sup>۱</sup>

۱- گروه پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، ساری، ایران.

## حکیده

تاریخ دریافت: ۱۳ آذر ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: ۲۸ فروردین ۱۳۹۷

**اهداف:** فرایند ایجاد محیط‌های دوستدار سالمند از چالش‌های کلیدی سیاست‌گذاران است. هدف از مطالعه حاضر مقایسه دیدگاه سالمندان و مدیران به وضعیت شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی تحلیلی، دیدگاه ۳۷۹ سالمند و ۵۷ مدیر مقایسه شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) بود. داده‌ها با آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی) و آزمون گاما با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** از ۳۷۹ سالمند بررسی شده ۶۴/۹ درصد (۲۴۶ نفر) زن بودند. میانگین سنی سالمندان  $68/31 \pm 8/25$  (حداقل ۶۰ و حداکثر ۸۹ سال) بود. در ۱۳ شاخص از ۲۱ شاخص، اختلاف معنی‌داری بین دیدگاه سالمندان و مدیران وجود داشت. عمده‌ترین شاخص‌هایی که از دیدگاه سالمندان بد تا بسیار بد ارزیابی شد و اختلاف معنی‌داری با دیدگاه مدیران داشت، شامل موارد زیر بود: وجود جایی برای دریافت اطلاعات برای رفع نگرانی‌های بهداشتی و نیازهای خدماتی سالمندان (۵۷ درصد سالمندان در مقابل ۱۴ درصد مدیران) ( $P=0/001$ )، وضعیت سیاست‌گذاری برای ساخت مسکن‌های جدید مطابق نیازهای سالمندان (۵۷ درصد سالمندان در مقابل ۳۱/۶ درصد مدیران) ( $P=0/014$ ).

**نتیجه‌گیری:** تشریک مساعی بین مدیران سازمان‌های متولی سالمندی با سالمندان برای دستیابی به شاخص‌های شهرهای دوستدار سالمند ضروری به نظر می‌رسد.

## کلیدواژه‌ها:

شهرهای دوستدار سالمند، سالمندان، مدیران، نگرش

## مقدمه

شامل می‌شود. بنابراین، ایران نیز مانند کشورهای دیگر در حال تغییر الگوی جمعیتی به سمت پیرشدن است [۷]. فرایند ایجاد محیط‌های دوستدار سالمند از چالش‌های کلیدی سیاست‌گذاران در سطح بین‌المللی است [۶]. گرچه چالش‌ها و فرصت‌هایی که با روند گسترش شهرنشینی و سالمندشدن جمعیت پیش می‌آید، به تفکیک بررسی شده است، به آثار آن‌ها روی یکدیگر آن‌چنان که باید توجه نشده است. تغییرات دو این متغیر جمعیت‌شناختی (شهرنشینی و سالمند شدن جمعیت) بر بسیاری از جنبه‌های سلامت سالمندان اثر خواهد گذاشت [۸].

سازمان بهداشت جهانی از جمله مجامعی است که همواره با نگاهی جهان‌شمول به موضوع سالمندی نگریده و دولت‌ها را ترغیب کرده است در سیاست‌های خردکلان خود به آن توجه کنند. این سازمان در سال ۲۰۰۷ پروژه تعیین شهرهای دوستدار سالمند را در ۳۳ شهر از ۲۲ کشور دنیا به اجرا درآورده است. بر اساس رویکرد سازمان بهداشت جهانی، شهرهای دوستدار سالمند شامل آن دسته از فضاهای شهری می‌شوند که توزیع

سالمندان با افزایش امید به زندگی سریع‌ترین رشد را بین گروه‌های جمعیتی دارند. تعداد افراد بیش از ۶۰ سال از ۱۱ درصد در سال ۲۰۰۶ به ۲۲ درصد در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. در آن هنگام برای اولین بار در تاریخ، تعداد سالمندان از کودکان زیر ۱۴ سال بیشتر خواهد شد [۱]. رشد سالمندی در کشورهای در حال توسعه بیشتر از کشورهای پیشرفته است؛ تا سال ۲۰۵۰، ۷۹ درصد سالمندان جهان در این کشورها خواهند زیست [۲، ۳]. در حال حاضر، بیش از نیمی از جمعیت جهان در شهرها زندگی می‌کنند و تعداد آن‌ها روبه‌افزایش است [۴، ۵]. رشد جمعیت شهری در کشورهای در حال توسعه بیشتر است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ سه‌پنجم جمعیت جهان در این شهرها خواهند زیست [۶].

بر اساس آخرین نتایج سرشماری در ایران (۱۳۹۵)، جمعیت افراد ۶۰ سال و بیشتر از آن ۹ درصد است که ۷ میلیون نفر را

\* نویسنده مسئول:

دکتر زهره ترقی

نشانی: ساری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، گروه پرستاری سالمندی.

تلفن: ۳۳۳۶۷۳۴۲ (۱۱) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: ztarair@yahoo.com

تحقق شهرهای دوستدار سالمند در تهران [۱۶] و ارتباط طراحی شهرهای دوستدار سالمند با سلامت روان بررسی شده است [۱۷]. در حال حاضر، علاوه بر تهران، چندین شهر دیگر از جمله شیراز، کرمان، گرگان، گناباد و غیره، پیشگام اجرای طرح شهر دوستدار سالمند شده‌اند. هرچند حل این مسئله کلان، یعنی توسعه زیرساخت‌ها و امکانات شهری و بهینه‌سازی آن‌ها برای استفاده هرچه بهتر افراد معلول و سالمند، تنها با اجرای طرح پژوهشی مقذور نخواهد بود. امید است نتایج این بررسی در زمینه تشخیص کاستی‌ها و اتخاذ راهکارهای عملی برای توسعه امکانات شهری، مفید واقع شود.

### روش مطالعه

در این مطالعه توصیفی تحلیلی، پژوهشگر بعد از گرفتن مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران (IR.Mazums. REC.۹۵-۲۳۱۰) به مراکز مرتبط با سالمندی شامل شهرداری، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی، مراکز بهداشت، تربیت بدنی، صدا و سیما، اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی، اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی، اداره مسکن و شهرسازی، اداره راه و شهرسازی و اداره دادگستری و شورای شهر مراجعه کرد و با روش نمونه‌گیری سرشماری دیدگاه تمامی رؤسا، معاونان و مدیران را بررسی کرد. جامعه پژوهش برای سالمندان، همه سالمندان شهر ساری بود. معیار ورود سالمندان، ۶۰ ساله بودن و بیشتر و توانایی پاسخ‌گویی به سؤالات بود. معیار خروج، علاقه‌نداشتن به همکاری بود.

بر اساس آخرین سرشماری، جمعیت شهر ساری ۳۰۹ هزار و ۸۲۰ نفر است [۱۸]. با توجه به اینکه سالمندان ۱۰ درصد جمعیت شهر را تشکیل می‌دهند [۱۹]، بر اساس جدول مورگان حجم نمونه ۳۷۹ نفر محاسبه شد. برای دسترسی به سالمندان از پایگاه‌های پزشک خانواده استفاده شد. در حال حاضر ۱۲۰ پزشک خانواده در ساری مشغول به کار هستند. پس از تهیه نام و آدرس آن‌ها، ۲۴ پزشک با استفاده از جدول اعداد تصادفی و به روش سهمیه‌ای از مناطق سه‌گانه شهر انتخاب و با سالمندان تحت پوشش آن‌ها مصاحبه شد.

ابزار گردآوری اطلاعات، شامل مشخصات جمعیت شناختی و چک‌لیست سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) با ۲۱ شاخص بود که در اکثر شاخص‌ها با طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (بسیار خوب، خوب، بد، بسیار بد و نمی‌دانم) پرسیده شد. پس از کسب اجازه از سازمان بهداشت جهانی، دو فرد مسلط به زبان فارسی و انگلیسی خارج از گروه تحقیق روند ترجمه‌باز ترجمه را انجام دادند و روش اعتبار محتوا تأیید شد [۲۰]. شش سالمند با سطح سواد متفاوت (بی‌سواد، ابتدایی و متوسطه) سادگی و دشواری پرسش‌نامه را ارزیابی و تأیید کردند. پایایی پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تعیین شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف

خدمات عمومی در آن‌ها به گونه‌ای است که حداکثر تناسب با نیازها و محدودیت‌های افراد سالمند را دارد. بر اساس این تعریف، خدمات حمل‌ونقل، امور اداری، شبکه‌های مخابراتی و ارتباطات رسانه‌ای، ساخت‌وساز اماکن و طراحی معماری شهری و خدمات فرهنگی و بهداشتی به شکلی ارائه می‌شود که افراد سالمند بدون وابستگی یا با دریافت حداقل کمک از دیگران، بتوانند از این امکانات بهره‌مند شوند. علاوه بر این، در چنین شهرهایی توجه به نیازهای افراد سالخورده به مثابه ضرورتی در شاخص‌های فرهنگی و تعاملات بین فردی، مدنظر قرار می‌گیرد [۹، ۱۰].

این طرح بر اساس چک‌لیستی اجرا شد که شامل معیارهای اساسی در طراحی خدمات شهری بود. اشخاص یا گروه‌هایی که قصد دارند شهر خود را به منظور بهره‌مندی افراد سالخورده مناسب‌سازی کنند، می‌توانند از این ابزار استفاده کنند. کارآمدی این چک‌لیست به مشارکت کامل افراد سالمند در تکمیل آن نیازمند است. سالمندان درباره چگونگی انطباق مشخصات این چک‌لیست با تجاربشان در زمینه تسهیلات و محدودیت‌های مناطق شهری، توضیحات لازم را ارائه خواهند داد. آن‌ها همچنین باید در ارائه پیشنهادهایی برای ایجاد تغییرات در روند اجرای برنامه‌ها و چگونگی نظارت بر پیشرفت‌های حاصل‌شده، نقش فعالی ایفا کنند [۱۱]. این چک‌لیست که شامل ۸ محور (فضاهای بیرونی و ساختمان‌ها، نقل‌وانتقال، مسکن، مشارکت اجتماعی، احترام و به حساب آورده شدن از لحاظ اجتماعی، مشارکت مدنی و اشتغال، ارتباطات و اطلاعات و خدمات بهداشتی و عمومی) و ۸۴ شاخص بود، دو بار دیگر در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ بازنگری شد و در نهایت به ۴ محور و ۲۱ شاخص خلاصه شد: ۱. محیط فیزیکی: فضاهای بیرونی و ساختمان‌ها، مسکن و نقل‌وانتقال؛ ۲. محیط اجتماعی: مشارکت مدنی و اشتغال، احترام و عدم محرومیت اجتماعی، ارتباطات و اطلاعات، مشارکت اجتماعی و خدمات بهداشتی و عمومی؛ ۳. دولت: منابع و امنیت اقتصادی؛ ۴. سلامت [۱۲].

شرایط زندگی سالمندان مقیم جامعه باید بتواند پاسخ‌گوی تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی آنان باشد. هدف اصلی شهرهای دوستدار سالمند، تسهیل فرایند سالمندی فعال است [۱۳]. جامعه ما همچون بسیاری از جوامع دنیا ظرف چند دهه اخیر تحولات چشمگیری را از نظر رشد جمعیت و تغییر ساختارهای اجتماعی، سیاسی، علمی و فرهنگی تجربه کرده است. بی‌تردید، بهره‌مندی از آثار و نتایج این تحولات زمانی میسر خواهد بود که در تمامی بخش‌های کشور، دگرگونی‌های متناسب با نیازهای روز جامعه به وقوع بپیوندد.

در کشور ما تحقیقات کمی در این زمینه صورت گرفته است؛ از جمله در دو مطالعه در مشهد، این شاخص‌ها در سالمندان و مدیران با استفاده از چک‌لیست سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷) مقایسه شده است [۱۴، ۱۵]. در مطالعات دیگری گام‌های آغازین

نفر) بی سواد، ۳۸/۵ درصد (۱۴۶ نفر) زیر دیپلم و ۱۸/۵ درصد (۷۰ نفر) دیپلم و ۱۳/۷ درصد (۵۲ نفر) بالاتر از دیپلم بودند.

از نظر همراهان زندگی، اکثریت سالمندان تحت مطالعه (۵۰/۱ درصد، ۱۹۰ نفر) با همسر، ۱۹/۸ درصد (۷۵ نفر) با همسر و فرزند، ۱۷/۴ درصد (۶۶ نفر) با فرزند و ۱۲/۷ درصد (۴۸ نفر) تنها زندگی می کردند. از نظر وضعیت عملکرد، ۸۸/۴ درصد (۳۳۵ نفر) مستقل و ۱۱/۶ درصد (۴۴ نفر) وابسته بودند و به کمک دیگران نیاز داشتند. در **جدول شماره ۱ تا ۲۱** به تفکیک مقایسه نگرش سالمندان و مدیران به ۲۱ شاخص سازمان بهداشت جهانی آورده شده است.

### بحث

هدف از مطالعه حاضر، مقایسه دیدگاه سالمندان و مدیران درباره وضعیت شاخص های شهرهای دوستدار سالمند بود. در این مطالعه توصیفی تحلیلی، دیدگاه ۳۷۹ سالمند با روش نمونه گیری تصادفی و ۵۷ مدیر با روش نمونه گیری در دسترس مقایسه

معیار، درصد فراوانی) و استنباطی (آزمون گاما) و SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

### یافته ها

از ۵۷ مدیر بررسی شده ۲۲/۸ درصد (۱۳ نفر) زن و ۷۷/۲ درصد (۴۴ نفر) مرد بودند. از ۳۷۹ سالمند بررسی شده ۶۴/۹ درصد (۲۴۶ نفر) زن و ۳۵/۱ درصد (۱۳۳ نفر) مرد بودند. میانگین سنی مدیران  $39/78 \pm 5/37$  (حداقل ۳۰ و حداکثر ۵۱، میانه ۴۰ و با ۹۵ درصد فاصله اطمینان ۳۸/۳۶ تا ۴۱/۲۱) بود. میانگین سنی سالمندان  $68/31 \pm 8/25$  (حداقل ۶۰ و حداکثر ۸۹، میانه ۶۵ و با ۹۵ درصد فاصله اطمینان ۶۷/۴۷ تا ۶۹/۱۴) بود.

از نظر وضعیت درآمد، ۵۷/۵ درصد سالمندان تحت مطالعه (۲۱۸ نفر)، درآمد کمتر از هزینه کرد، ۳۸/۳ درصد (۱۴۵ نفر) درآمد برابر با هزینه کرد و ۴/۲ درصد (۱۶ نفر) درآمد بیشتر از هزینه کرد داشتند. از نظر میزان تحصیلات، ۲۹/۳ درصد (۱۱۱

جدول ۱. وضعیت دسترسی سالمندان به توالت های عمومی شهر چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی دانم	جمع	P
سالمندان	۸(۲/۱)	۲۳۸(۶۲/۸)	۱۰۱(۲۶/۶)	۳۲(۸/۴)	.	۳۷۹	
مدیران	۲(۳/۵)	۳۹(۶۸/۴)	۱۳(۲۲/۸)	۳(۵/۳)	.	۵۷	۰/۲۱۸

### سالمند

بیشتر سالمندان (۶۲/۸ درصد) و مدیران (۶۸/۴ درصد)، وضعیت دسترسی به توالت های شهر را خوب می دانستند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد ( $\text{Gamma} = -0/165$ ).

جدول ۲. وضعیت دسترسی افراد با ناتوانی های گوناگون به اتوبوس های شهر چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی دانم	جمع	P
سالمندان	۱۹(۵)	۱۸۱(۴۷/۸)	۱۵۹(۴۲)	۲۰(۵/۳)	.	۳۷۹	
مدیران	۲(۳/۵)	۴۰(۷۰/۲)	۱۲(۲۱/۱)	۲(۳/۵)	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۰۱۱

### سالمند

درصد قابل توجهی از سالمندان (۴۷/۳ درصد)، وضعیت دسترسی افراد با ناتوانی های گوناگون به اتوبوس های شهر را بد تا بسیار بد می دانستند، در حالی که ۲۴/۶ درصد مدیران چنین دیدگاهی داشتند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود دارد ( $\text{Gamma} = -0/312$ ).

جدول ۳. وضعیت فاصله ایستگاه های وسایل نقلیه عمومی از منازل سالمندان چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی دانم	جمع	P
سالمندان	۴۵(۱۱/۹)	۲۴۰(۶۳/۳)	۸۱(۲۱/۴)	۱۳(۳/۴)	.	۳۷۹	
مدیران	۱(۱/۸)	۴۲(۷۳/۷)	۱۱(۱۹/۳)	۳(۵/۳)	.	۵۷	۰/۱۹۹

### سالمند

اکثریت سالمندان (۷۵/۲ درصد) و مدیران (۷۵/۵ درصد)، وضعیت فاصله ایستگاه های وسایل نقلیه عمومی از منازل سالمندان را خوب تا بسیار خوب می دانستند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد ( $\text{Gamma} = 0/161$ ).

جدول ۴. وضعیت دسترسی افراد دچار مشکلات حرکتی به پارکینگ‌های اختصاصی چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۸(۲/۱)	۱۶۶(۴۳/۸)	۱۸۱(۴۷/۸)	۲۴(۶/۳)	۰	۳۷۹	
مدیران	۴(۷)	۲۶(۴۵/۶)	۱۹(۳۳/۳)	۶(۱۰/۵)	۲(۳/۵)	۵۷	۰/۰۳۱

### سالمند

اکثریت سالمندان (۵۴/۱ درصد) و درصد قابل توجهی از مدیران (۴۳/۸ درصد)، وضعیت دسترسی افراد دچار مشکلات حرکتی به پارکینگ‌های اختصاصی را بد تا بسیار بد می‌دانستند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد ( $\text{Gamma} = -0.063$ ).

جدول ۵. وضعیت سیاست‌گذاری برای ساخت مسکن‌های جدید مطابق نیازهای سالمندان چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۲(۰/۵)	۱۷۴(۴۵/۹)	۱۸۱(۴۷/۸)	۳۵(۹/۲)	۰	۳۷۹	
مدیران	۳(۵/۳)	۳۵(۶۱/۴)	۱۳(۲۲/۸)	۵(۸/۸)	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۰۱۴

### سالمند

اکثریت سالمندان (۵۷ درصد)، وضعیت سیاست‌گذاری برای ساخت مسکن‌های جدید مطابق نیازهایشان را بد تا بسیار بد می‌دانستند، در حالی که ۳۱/۶ درصد مدیران چنین دیدگاهی داشتند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود دارد ( $\text{Gamma} = -0.322$ ).

کیفیت زندگی سالمندان را خوب تا بسیار خوب می‌دانستند.

بیشتر سالمندان و درصد قابل توجهی از مدیران، وضعیت دسترسی افراد دچار مشکلات حرکتی به پارکینگ‌های اختصاصی را بد تا بسیار بد، وضعیت شرکت سالمندان در فعالیت‌های داوطلبانه را کم تا بسیار کم و میزان شرکت سالمندان در فعالیت‌های فرهنگی، هنری و ورزشی را کم تا بسیار کم می‌دانستند. میزان رضایت اکثریت سالمندان و مدیران از فراهم بودن امکان شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه نیز کم تا بسیار کم بود.

شد. یافته‌های تحقیق نشان داد در ۱۳ شاخص از ۲۱ شاخص، اختلاف معنی‌داری بین دیدگاه سالمندان و مدیران وجود دارد.

### شباهت‌های نگرش سالمندان و مدیران

بیشتر سالمندان و مدیران، وضعیت دسترسی به توالت‌های شهر را خوب، وضعیت فاصله ایستگاه‌های وسایل نقلیه عمومی از منازل سالمندان را خوب تا بسیار خوب، وضعیت سالمندان برای انجام فعالیت‌های منزل، مراقبت یا دریافت کمک را خوب، و وضعیت

جدول ۶. آیا سالمندان به دلیل تبعیض سنی احساس بیگانگی می‌کنند؟

گروه	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	هیچوقت	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۰	۴۱(۱۰/۸)	۲۰۶(۵۴/۴)	۷۴(۱۹/۵)	۵۸(۱۵/۳)	۰	۳۷۹	
مدیران	۰	۱۳(۲۲/۸)	۳۷(۶۴/۹)	۶(۱۰/۵)	۰	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۰۰۱

### سالمند

اکثریت سالمندان (۶۵/۲ درصد) گاهی تا بیشتر اوقات به دلیل تبعیض سنی احساس بیگانگی می‌کردند، اما درصد مدیرانی که معتقد بودند سالمندان به دلیل تبعیض سنی احساس بیگانگی می‌کنند، به طور معنی‌داری بیشتر از خود سالمندان بود ( $\text{Gamma} = -0.480$ ).

جدول ۷. وضعیت شرکت سالمندان در فعالیت‌های داوطلبانه (حمایت از کودکان بی سرپرست و انتقال تجارب به نسل جوان) چگونه است؟

گروه	بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم	اصلا	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۴(۳/۷)	۷۴(۱۹/۵)	۲۰۰(۵۲/۸)	۶۹(۱۸/۲)	۲۲(۵/۸)	۰	۳۷۹	
مدیران	۳(۵/۳)	۱۳(۲۲/۸)	۲۹(۵۰/۹)	۱۰(۱۷/۵)	۰	۲(۳/۵)	۵۷	۰/۰۴۷

### سالمند

اکثریت سالمندان (۷۱ درصد) و مدیران (۶۸/۴ درصد)، وضعیت شرکت سالمندان در فعالیت‌های داوطلبانه را کم تا بسیار کم می‌دانستند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد ( $\text{Gamma} = -0.097$ ).

جدول ۸. میزان رضایت سالمندان از فراهم بودن امکان شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه چقدر است؟

گروه	بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم	اصلا	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۲۴(۶/۳)	۹۶(۲۵/۳)	۱۷۷(۴۶/۷)	۸۰(۲۱/۱)	۲(۰/۵)	۰	۳۷۹	
مدیران	۱(۱/۸)	۱۶(۲۸/۱)	۲۴(۴۲/۱)	۱۵(۲۶/۳)	۰	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۳۴۱

### سالمند

میزان رضایت اکثریت سالمندان (۶۷/۸ درصد) و مدیران (۶۸/۴ درصد) از فراهم بودن امکان شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه، کم تا بسیار کم بود. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد ( $\Gamma=0/110$ ).

جدول ۹. وضعیت شرکت سالمندان در فعالیت‌های فرهنگی، هنری و ورزشی چگونه است؟

گروه	بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم	اصلا	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۴(۳/۷)	۹۳(۲۴/۵)	۱۵۲(۴۰/۱)	۹۵(۲۵/۱)	۲۵(۶/۶)	۰	۳۷۹	
مدیران	۱(۱/۸)	۸(۱/۴)	۲۴(۴۲/۱)	۲(۴۰/۴)	۱(۱/۸)	۰	۵۷	۰/۰۵۵

### سالمند

اکثریت سالمندان (۶۵/۲ درصد) و مدیران (۸۲/۵ درصد)، میزان شرکت سالمندان در فعالیت‌های فرهنگی، هنری، ورزشی را کم تا بسیار کم می‌دانستند. بر اساس آزمون گاما گرچه اختلاف بین نگرش سالمندان و مدیران معنی‌دار نبود، بسیار نزدیک به سطح معنی‌داری بود ( $\Gamma=0/2$ ).

ناتوانی‌های گوناگون به اتوبوس‌های شهر، وضعیت راهنمایی شدن برای اوقات فراغت و برنامه‌های تفریحی، وضعیت اطلاع‌رسانی درباره اشتغال و امکان فعالیت‌های داوطلبانه و وضعیت دسترسی به اینترنت در منزل؛ در حالی که درصد مدیرانی که چنین دیدگاهی داشتند، به طور معنی‌داری کمتر بود. تعداد سالمندانی که از در دسترس بودن کامپیوتر و اینترنت در مکان‌های عمومی راضی نبودند؛ و وضعیت بیمه سلامت را بد می‌دانستند؛ به طور معنی‌داری بیش‌تر از مدیران بود. درصد سالمندانی که معتقد

### تفاوت‌های نگرش سالمندان و مدیران

بخش قابل توجهی از سالمندان معتقد بودند جایی برای دریافت اطلاعات برای رفع نگرانی‌های بهداشتی و نیازهای خدماتی سالمندان وجود ندارد. همچنین وضعیت این موارد را بد تا بسیار بد ارزیابی کردند؛ سیاست‌گذاری برای ساخت مسکن‌های جدید مطابق با نیازهای سالمندان، وضعیت دسترسی افراد دچار مشکلات حرکتی به پارکینگ‌های اختصاصی، دسترسی افراد با

جدول ۱۰. دفعات شرکت سالمندان در فعالیت اجتماعی چگونه است؟

گروه	روزانه	هفتگی	ماهانه	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۲۲(۵/۸)	۹۳(۲۴/۵)	۲۲۰(۵۸)	۴۴(۱۱/۶)	۳۷۹	
مدیران	۲(۳/۵)	۵(۸/۸)	۳۸(۶۶/۷)	۱۲(۲۱/۱)	۵۷	۰/۰۰۱

### سالمند

نتایج آزمون گاما نشان داد درصد سالمندانی که دفعات شرکت در فعالیت اجتماعی را روزانه تا هفتگی می‌دانستند (۳۰/۳ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مدیران (۱۲/۳ درصد) بود ( $\Gamma=0/393$ ).

جدول ۱۱. طی سال گذشته، وضعیت شرکت سالمندان در برنامه آموزش رسمی چگونه بود؟

گروه	بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم	اصلا	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۵(۱/۳)	۶۷(۱۷/۷)	۱۴۳(۳۷/۷)	۱۰۹(۲۸/۸)	۵۵(۱۴/۵)	۰	۳۷۹	
مدیران	۱(۱/۸)	۱۴(۲۴/۶)	۲۵(۴۳/۹)	۱۵(۲۶/۳)	۰	۲(۳/۵)	۵۷	۰/۰۲۱

### سالمند

نتایج آزمون گاما نشان داد سالمندان به طور معنی‌داری شرکت در برنامه آموزش رسمی را کمتر از مدیران می‌دانستند ( $\Gamma=0/242$ ).



جدول ۱۲. طی سال گذشته، وضعیت سالمندان برای انجام فعالیت‌های منزل، مراقبت یا دریافت کمک چگونه بوده است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۴۵(۱۱/۹)	۲۲۴(۵۹/۱)	۸۸(۲۳/۲)	۲۲(۵/۸)	۰	۳۷۹	
مدیران	۱(۱/۸)	۳۹(۶۸/۴)	۱۱(۱۹/۳)	۴(۷)	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۳۵۶

### سالمند

اکثریت سالمندان و مدیران، وضعیت سالمندان برای انجام فعالیت‌های منزل، مراقبت یا دریافت کمک را خوب می‌دانستند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد ( $\text{Gamma}=0/113$ ).

جدول ۱۳. وضعیت راهنمایی شدن سالمندان برای اوقات فراغت و برنامه‌های تفریحی چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۴(۳/۷)	۲۱۲(۵۵/۹)	۱۲۱(۳۱/۹)	۲۲(۵/۸)	۰	۳۷۹	
مدیران	۸(۱۴)	۳۸(۶۶/۷)	۶(۱۰/۵)	۴(۷)	۰	۵۷	۰/۰۰۲

### سالمند

آزمون گاما نشان داد درصد سالمندانی که وضعیت راهنمایی شدن برای اوقات فراغت و برنامه‌های تفریحی را بد تا بسیار بد می‌دانستند (۴۰/۳ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مدیران (۱۹/۳ درصد) بود ( $\text{Gamma}=-0/408$ ).

همخوانی ندارد. در مطالعه آنان تمامی شاخص‌های اجتماعی، فرهنگی و تفریحی در وضعیت نسبتاً مناسبی بود، اما شاخص‌های بهداشتی درمانی با وضعیت ایده‌آل تا حدی فاصله داشت [۱۴]. در مطالعه خوارزمی و همکارانش در مشهد، فضاهای باز شهری، از دیدگاه سالمندان کمتر از استاندارد بود. این در حالی بود که از منظر مدیران، فضاهای باز شهری وضعیت مساعدی داشت، اما شاخص حمل‌ونقل درون‌شهری از دیدگاه هر دو گروه کمتر از حد متوسط ارزیابی شد [۱۵]. ابزار استفاده‌شده در مطالعه آن‌ها

بودند وضعیت بودجه شهری که به سلامت اختصاص داده شده است، بسیار خوب است، به طور معنی‌داری کمتر از مدیران بود. تعداد مدیرانی که معتقد بودند سالمندان به دلیل تبعیض سنی احساس بیگانگی می‌کنند، به طور معنی‌داری بیشتر از سالمندان بود. سالمندان به طور معنی‌داری دفعات شرکت در فعالیت اجتماعی و فعالیت بدنی را بیشتر از مدیران می‌دانستند. یافته‌های مذکور با نتایج مطالعه زرقانی و همکارانش در مشهد

جدول ۱۴. وضعیت اطلاع‌رسانی به سالمندان درباره اشتغال و امکان فعالیت‌های داوطلبانه چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۲(۳/۲)	۲۰۱(۵۳)	۱۳۴(۳۵/۴)	۳۲(۸/۴)	۰	۳۷۹	
مدیران	۶(۱۰/۵)	۳۶(۶۳/۲)	۱۰(۱۷/۵)	۴(۷)	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۰۱۲

### سالمند

آزمون گاما نشان داد درصد سالمندانی که وضعیت اطلاع‌رسانی درباره اشتغال و امکان فعالیت‌های داوطلبانه را بد تا بسیار بد می‌دانستند (۴۳/۸ درصد) به طور معنی‌داری بیش‌تر از مدیران (۲۴/۵ درصد) بود ( $\text{Gamma}=0/128$ ).

جدول ۱۵. آیا جایی برای دریافت اطلاعات، برای رفع نگرانی‌های بهداشتی و نیازهای خدماتی سالمندان وجود دارد؟

گروه	بلی	خیر	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۶۳(۴۳)	۲۱۶(۵۷)	۰	۳۷۹	
مدیران	۴۶(۸۰/۷)	۸(۱۴)	۳(۵/۳)	۵۷	۰/۰۰۱

### سالمند

آزمون کای دو نشان داد درصد سالمندانی که معتقد بودند جایی برای دریافت اطلاعات، برای رفع نگرانی‌های بهداشتی و نیازهای خدماتی وجود ندارد (۵۷ درصد) به طور معنی‌داری بیش‌تر از مدیران (۱۴ درصد) بود ( $\chi^2=52/43$  df=2).

جدول ۱۶. وضعیت دسترسی سالمندان در منزل به اینترنت چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۳۳(۸/۷)	۱۶۳(۴۳)	۱۲۴(۳۲/۷)	۵۹(۱۵/۶)	۰	۳۷۹	
مدیران	۹(۱۵/۸)	۳۱(۵۴/۴)	۱۰(۱۷/۵)	۴(۷)	۳(۵/۳)	۵۷	۰/۰۲۲

### سالمند

آزمون گاما نشان داد در صد سالمندانی که وضعیت دسترسی به اینترنت در منزل را بد تا بسیار بد می‌دانند (۴۸/۳ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مدیران (۲۴/۵) بود (Gamma=-۰/۲۶۹).

جدول ۱۷. میزان رضایت سالمندان از در دسترس بودن کامپیوتر و اینترنت در مکان‌های عمومی چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	اصلا	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۴(۳/۷)	۴۱(۱۰/۸)	۱۵۰(۳۹/۶)	۱۱۰(۲۹)	۶۴(۱۶/۹)	۰	۳۷۹	
مدیران	۴(۷)	۱۱(۱۹/۳)	۲۶(۴۵/۶)	۱۴(۲۴/۶)	۲(۳/۵)	۰	۵۷	۰/۰۰۱

### سالمند

درصد قابل توجهی از سالمندان (۴۵/۹ درصد) از در دسترس بودن کامپیوتر و اینترنت در مکان‌های عمومی بسیار کم راضی بودند یا اصلاً راضی نبودند، در حالی که ۲۸/۱ درصد مدیران چنین دیدگاهی داشتند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود دارد (Gamma=-۰/۳۴۵).

شهر نیاز دارد. نیل<sup>۱</sup> و همکارانش که از اعضای مرکز تحقیقات سالمندی دانشگاه پورتلند هستند، با مشارکت سالمندان و سیاست‌گذاران شهر، ویژگی‌های شهر دوستدار سالمند را بررسی کردند (شهر پورتلند یکی از اعضای اصلی شرکت‌کننده در طرح شهرهای دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت است). برای هدایت برنامه و پایش مداوم چگونگی پیشرفت کار، شورایی با همین نام (شورای ایجاد شهر دوستدار سالمند) تشکیل شد.

چک‌لیست سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷) بود. در مطالعه حاضر از چک‌لیست ۲۰۱۳ استفاده شده بود. دلیل این ناهمخوانی‌ها ممکن است مشارکت نکردن سالمندان در سیاست‌گذاری‌های مدیران باشد. تشکیل کانون‌های سالمندی در سطح محله‌های شهر و شرکت نمایندگان آن‌ها در شورای سالمندان شهر می‌تواند مفید واقع شود.

تحقیقات نشان می‌دهد موفقیت در دستیابی به ویژگی‌های شهرهای دوستدار سالمند به مشارکت سالمندان و سیاست‌گذاران

1. Neal

جدول ۱۸. وضعیت فعالیت بدنی سالمندان چگونه است؟

گروه	روزانه	هفتگی	ماهانه	کم‌تر	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۶۶(۱۷/۴)	۷۹(۲۰/۸)	۲۲۰(۵۸)	۳۴(۹)	۰	۳۷۹	
مدیران	۴(۷)	۱۲(۲۱/۱)	۳۳(۵۷/۹)	۰	۸(۱۴)	۵۷	۰/۰۴۱

### سالمند

نتایج آزمون گاما نشان داد سالمندان به طور معنی‌داری دفعات شرکت در فعالیت بدنی روزانه را بیشتر از مدیران می‌دانستند (Gamma=۰/۲۳۳).

جدول ۱۹. وضعیت کیفیت زندگی سالمندان چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۰(۲/۶)	۲۹۹(۷۸/۹)	۶۴(۱۶/۹)	۶(۱/۶)	۰	۳۷۹	
مدیران	۹(۱۵/۸)	۲۹(۵۰/۹)	۱۷(۲۹/۸)	۱(۱/۸)	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۶۴۴

### سالمند

اکثریت سالمندان (۷۱ درصد) و مدیران (۶۸/۴ درصد)، وضعیت کیفیت زندگی سالمندان را خوب تا بسیار خوب می‌دانستند. آزمون گاما نشان داد اختلاف معنی‌داری بین نگرش سالمندان و مدیران وجود ندارد (Gamma=۰/۰۷۲).

جدول ۲۰. وضعیت بیمه سلامت سالمندان چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۰	۲۶۸(۷۰/۷)	۱۱۱(۲۹/۳)	۰	۰	۳۷۹	
مدیران	۵(۸/۸)	۳۹(۶۸/۴)	۱۱(۱۹/۳)	۱(۱/۸)	۱(۱/۸)	۵۷	۰/۰۰۱

## سالمند

آزمون گاما نشان داد درصد سالمندانی که وضعیت بیمه سلامت را بد می‌دانستند (۲۹/۳ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از مدیران (۱۹/۳ درصد) بود (Gamma = ۰/۹۳۰).

جدول ۲۱. وضعیت بودجه شهری که به سلامت اختصاص داده شده است، چگونه است؟

گروه	بسیار خوب	خوب	بد	بسیار بد	نمی‌دانم	جمع	P
سالمندان	۱۰(۲/۶)	۲۱۱(۵۵/۷)	۷۶(۲۰/۱)	۳۵(۹/۲)	۴۷(۱۲/۴)	۳۷۹	
مدیران	۹(۱۵/۸)	۳۲(۵۶/۱)	۱۱(۱۹/۳)	۲(۳/۵)	۳(۵/۳)	۵۷	۰/۰۰۲

## سالمند

آزمون گاما نشان داد درصد سالمندانی که معتقد بودند وضعیت بودجه شهری که به سلامت اختصاص داده شده است، بسیار خوب است (۲/۶ درصد) به طور معنی‌داری کمتر از مدیران (۱۵/۸ درصد) بود (Gamma = -۰/۳۶۷).

## نتیجه‌گیری نهایی

فرایند ایجاد محیط‌های دوستدار سالمند از چالش‌های کلیدی سیاست‌گذاران است. موفقیت در دستیابی به آن به تشریح مساعی سیاست‌گذاران، مدیران مؤسسات و سازمان‌های متولی امور سالمندی، سالمندشناسان و انجمن‌های سالمندی نیاز دارد. وجود جایی برای دریافت اطلاعات به منظور رفع نگرانی‌های بهداشتی و نیازهای خدماتی سالمندان، سیاست‌گذاری برای ساخت مسکن‌های جدید مطابق نیازهای سالمندان، فراهم‌آوردن امکان شرکت در برنامه‌های آموزش رسمی و فعالیت‌های داوطلبانه، فراهم‌آوردن امکان شرکت در فعالیت‌های فرهنگی، هنری، ورزشی، دسترسی افراد دچار مشکلات حرکتی به پارکینگ‌های اختصاصی، دسترسی افراد با ناتوانی‌های گوناگون به اتوبوس‌های شهر، در دسترس بودن کامپیوتر و اینترنت در مکان‌های عمومی، فراهم‌آوردن امکان راهنمایی شدن برای اوقات فراغت و برنامه‌های تفریحی، بهبود وضعیت بیمه سلامت و بهبود وضعیت بودجه شهری که به سلامت اختصاص داده می‌شود، از جمله مواردی است که باید در اولویت‌های برنامه مدیران قرار گیرد.

از محدودیت‌های این پژوهش، انجام مطالعه در سطح یک شهر بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ویژگی‌های شهرهای دوستدار سالمند دو یا چند شهر از یک استان یا استان‌های متفاوت مقایسه شود.

## تشکر و قدردانی

از معاون محترم پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، سالمندان گرامی و مدیران محترم مؤسساتی که در

تجربه شهر پورتلند از مواردی است که می‌تواند برای برنامه‌ریزی استفاده شود [۲۱].

در مطالعه گارون<sup>۲</sup> و همکارانش در کبک (کانادا)، سیاست‌گذاران، مدیران مؤسسات و سازمان‌های متولی امور سالمندی با مشارکت انجمن‌های سالمندی، گرد هم آمدند و اهمیت تشریح مساعی برای موفقیت در دستیابی به ویژگی‌های شهر دوستدار سالمند را تصریح کردند. آن‌ها بر اساس رویکرد جامعه‌مدار، اجرای این روند را به سه مرحله تقسیم کردند: ۱. تشخیص نیازهای اجتماعی سالمندان؛ ۲. برنامه‌ریزی براساس مدل محلی؛ ۳. اجرای آن از طریق تشریح مساعی [۲۲].

بافل<sup>۳</sup> و همکارانش رویکرد دو شهر اروپایی (منچستر و بروسلز) برای دستیابی به شهر دوستدار سالمند را مقایسه کردند. تمرکز آن‌ها بر سیاست‌ها و ابتکاراتی بود که برای تسهیل سالمندی فعال به کار گرفته شده بود. در مطالعه مذکور، ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی دو شهر، سپس چگونگی عضویت آن‌ها در شبکه جهانی شهرهای دوستدار سالمند سازمان جهانی بهداشت، شباهت‌ها و تفاوت‌های رویکرد آن‌ها برای دستیابی به هدف و در پایان، امکانات و موانع اجرای برنامه بررسی شد [۲۳]. کندیگ<sup>۴</sup> و همکارانش ضمن ارائه دو مطالعه موردی، اثر فرایندهای سیاسی، مشاوره‌ای و پژوهشی به کار گرفته شده برای اجرای طرح شهرهای دوستدار سالمند را در سه شهر استرالیا (ملبورن، کانبرا و سیدنی) تحلیل کردند [۲۴].

2. Garon
3. Buffel
4. Kendig

انجام این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد ۹۵-۲۳۱۰ است.

Archive of SID

## References

- [1] United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population aging 2006. New York: UN DESA; 2007.
- [2] United Nations Department of Economic and Social Affairs. World economic and social survey 2007: Development in an ageing world. New York: UN DESA; 2007.
- [3] United Nations Population Fund. Urbanization: A majority in cities. New York: UNFPA; 2015.
- [4] World Health Organization. A billion voices: listening and responding to the health needs of slum dwellers and informal settlers in new urban setting. Geneva: World Health Organization; 2005.
- [5] United Nations Department of Economic and Social Affairs. World organization prospects: The 2005 revision. New York: UN DESA; 2006.
- [6] Hu J, Tsai PK, Huang MN, Tsay SF. [Age friendly cities, ideals and practice: The experience of Taichung city (Chinese)]. *Hu Li Za Zhi*. 2012; 59(6):5-11. [DOI:10.6224/JN.59.6.5]
- [7] Taheri Tanjani p, Azadbakht, M. [Psychometric Properties of the Persian Version of the Activities of Daily Living Scale and Instrumental Activities of Daily Living Scale in elderly (Persian)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016; 25(132):103-12.
- [8] World Health Organization. Measuring the age friendliness of cities: A guide to using core indicators. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [9] Plouffe L, Kalache A. Towards global age friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health*. 2010; 87(5):733-739. [DOI:10.1007/s11524-010-9466-0]
- [10] Keller IM, Kalache A. Promoting healthy aging in cities: The healthy cities project in Europe. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 1997; 12(4):287-98. [DOI:10.1023/A:1006539003961]
- [11] World health Organization. Checklist of essential features of age-friendly cities. Geneva: World Health Organization; 2015.
- [12] WHO Centre for Health Development. 2<sup>nd</sup> WHO consultation on developing indicators for age-friendly cities. Geneva: World Health Organization; 2013.
- [13] World health Organization. Active ageing: A policy framework. Paper presented at: The Second World Assembly on Ageing. 8-12 April 2002; Madrid, Spain.
- [14] Zarghani SH, Kharazmi OA, Johari L. [Evaluation of the "Age-Friendly" city indicators in Mashhad by focusing on the social-cultural indices (Persian)]. *Human Geography Research*. 2016; 47(4):673-88. [DOI:10.22059/JHGR.2015.51385]
- [15] Kharazmi OA, Zarghani SH, Johari L. [Evaluating spatial - physical indicators in Mashhad to become "age-friendly" city (Persian)]. *Joghrafiya va Amayesh-e Shahri*. 2015; 5(15):177-96.
- [16] Nemati D, Agha Bakhshi H. [Tehran an age friendly city: first steps towards first capital of aging in the world (Persian)]. *Social Research*. 2013; 6(18):15-44.
- [17] Foroughmand Arabi H, Karimi Fard L. [Age friendly city design criteria centers of social interaction with the concepts of space and culture approaches to mental health (Persian)]. *Urban Management*. 2015; 39:7-34.
- [18] Wikipedia. List of Iranian cities by population [Internet]. [Updated 2018 April 11] [Internet]. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/List\\_of\\_Iranian\\_cities\\_by\\_population](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_Iranian_cities_by_population)
- [19] ISNA. [Population aging is increasing in Mazandaran (Persian)] [Internet]. [Updated 2016 October 1]. Available from: <https://www.isna.ir/news>
- [20] Polith D, Beck F. Nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott; 2012.
- [21] Neal MB, Dela Torre AK, Carder PC. Age-friendly portland: A university- city- community partnership. *Journal of Aging & Social Policy*. 2014; 26(1-2):88-101. [DOI:10.1080/08959420.2014.854651]
- [22] Garon S, Paris M, Beaulieu M, Veil A, Laliberté A. Collaborative partnership in age-friendly cities: Two case studies from Quebec, Canada. *Journal of Aging & Social Policy*. 2014; 26(1-2):73-87. [DOI:10.1080/08959420.2014.854583]
- [23] Buffel T, McGarry P, Phillipson C, De Donder L, Dury S, De Witte N, et al. Developing age-friendly cities: Case studies from Brussels and Manchester and implications for policy and practice. *Journal of Aging & Social Policy*. 2014; 26(1-2):52-72. [DOI:10.1080/08959420.2014.854583]
- [24] Kendig H, Elias A-M, Matwijiw P, Anstey K. Developing age-friendly cities and communities in Australia. *Journal of Aging and Health*. 2014; 26(8):1390-414. [DOI:10.1177/0898264314532687]